FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966. N° 141

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Simone ROHAIS

née le 20 décembre 1937 à St-Germain-en-Laye (S. &. O)

Présentée et soutenue publiquement le :

RECHERCHE SUR L'ETIOLOGIE DES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES DU NOURRISSON ET SUR LEUR PROPHYLAXIE.

Président : M. JULIEN-MARIE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1966. N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Simone ROHAIS

née le 20 décembre 1937 à St-Germain-en-Laye (S. &. O)

Présentée et soutenue publiquement le :

RECHERCHE SUR L'ETIOLOGIE DES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES DU NOURRISSON ET SUR LEUR PROPHYLAXIE.

Président : M. JULIEN-MARIE, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN

ANNEE 1966

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bullard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Gaillard (H.), Gaudart D'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN ..... Georges BROUET

1er ASSESSEUR ..... Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR ..... Jean GOSSET

I. - PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
- -	DOGNON (A.)
- -	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
- -	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
-	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie medicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIERE (F.)
Pharmacologie	LEVY (Melle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIER (P.)
		LORTAT-JACOB (J. L.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LEGER (L.)
	Cochin	PATEL (J.)
	Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
	Pitié	GOSSET (J.)
	Saint-Antoine	SICARD (A.)
	Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
	Tenon	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		MERLE d'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)		HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude Bernard)		DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales	Broussais	LENEGRE (J.)
	Broussais	BROUET (G.)
	Cochin	BARIETY (M.)
	Hôtel Dieu	SEZE (S. de)
	Lariboisière	DREYFUS (G.)
	Pitié	KOURILSKY (R.)
	Saint Antoine	BOUDIN (G.)
	Saint-Antoine	DEBRAY (Ch.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)		MARIE (J.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)		JUSTIN-BESANCON (L.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)		DEROT (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)		DAVID (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)		GARCIN (R.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)		LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque	MERGER (R.)
	Foch (Suresnes)	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)		RENARD (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)		OFFRET (G.)
- - (Cochin)		AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)		N...
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)		BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)		MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)		COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)		DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)		ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)		LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)		GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique		ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)		PADOVANI (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique		DOMART (A.)
Séméiologie médicale		POILLEUX (F.)
Séméiologie et clinique chirurgicales		JUDET (R.)
Séméiologie traumatique et orthopédique		COUVELAIRE (R.)
Clinique urologique (Necker)		N...
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)		

b) Professeurs à titre personnel

	MM.
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTON (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	BARCAT (J.)
	BINET (J. P.)
	BLONDEAU (Ph.)
	CERBONNET (G.)
	CHATELIN (C. L.)
	DAUTRY (P.)
	DEMIRLEAU
	DUBOST (Cl.)
	FAUREL (J.)
	FLABEAU (F.)
	GALEY (J. J.)
	GARBAY (M.)
	GARNIER (H.)
Pathologie chirurgicale	GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de)
	GERMAIN (A.)
	LATASTE (J.)
	LOYGUE (J.)
	MAILLARD (J. N.)
	MERCADIER (M.)
	NATALI (J.)
	PELLERIN (D.)
	PERROTIN (J.)
	PREMONT (M.)
	ROBERT (H.)
	THOMERET (G.)
	VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
	BERTAUX (P.)
	COTTENOT (Fr.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) Pr. s. ch.
	MAURICE (J.)
	MIKOL (Cl.)
	PAUPE (J. R.)
	ACAR (J.)
	AUQUIER (L.)
	AUSSANAIRE (M.)
	BEAUMONT (J. L.)
	BERNIER (J. J.)
	BOUVIER (J.)
	BOUVRAIN (Y.)
	BRISSAUD (H.)
	BROCARD (H.)
	BUGE (A.)
Pathologie médicale	CANIVET (J.)
	CARLOTTI (J.)
	CATINAT (J.)
	CHRETIEN (J.)
	CLOAREC (M.)
	COBLENTZ (B.)
	CONTAMIN (F.)
	COURY (C.)
	DEBRAY (J.)
	ETIENNE (J. P.)
	FREZAL (J.)
	FRITEL (D.)
	FUNCK-BRENTANO (J. L.)
	GRIVAUX (M.)
	HAZARD (J.)
	HENNEQUET (A.)
	HIMBERT (J.)
	HOUSSET (E.)
	LAGRUE (G.)
	LESOBRE (R.)
	LEVEQUE (B.)
Pathologie médicale (suite)	MACREZ (C.)
	MOREAU (L.)
	NENNA (A.)
	NICK (J.)
	POULET (J.)
	ROYER (P.)
	TCHERDAKOFF (Ph.)
	THIBAULT (Ph.)
	TOURNEUR (R.)
	VILLIAUMEY (J.)
	WOLFROMM (R.)
	ALAGILLE (D.)
	ALISON (J.)
	CANLORBE (P.)
	GORIN (R.)
	LAFOURCADE (J.)
	LEPERCQ (G.)
	LESTRADET (H.)
Pédiatrie - Puériculture	MALLET (R.)
	MANDE (R.)
	MINKOWSKY (A.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (C.)
	REY (J.)
	RIBIERE (M.)
	ROSSIER (A.)
	VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
	BARRES (G.)
	DURAND (J.)
	GIRARD (Fr.) m. conf.
Physiologie	HUGELIN (A.)
	LAURENT (D.)
	SCHERRER (J.) pr. s. ch.
	VASSEUR (B.)
	CHANTEUR (J.)
	COURSAGET (J.)
	GREMY (F.) m. conf.
Physique médicale	MILHAUD (G.)
	PAGES (J. Cl.)
	PELLERIN (P.)
	ROUCAYROL (J. C.) pr. s. ch.
	TUBIANA (M.) m. conf.
	DECROIX (G.)
	ISRAEL (L.)
Pneumo phtisiologie	MEYER (A.)
	RENAULT (P.)
	SORS (Ch.)
	DENICKER (P.)
Psychiatrie infantile	DUCHE (D.)
	FLAVIGNY (H.)
	DUBOST (J.)
Radiologie médicale	LEFEBVRE (J.)
	MICHEL (J. R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)

	MM.
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)

	MM.
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.)
	LABET (R.)
	MARCHE (J.)
	AUVERT (J.)
Urologie	MOULONGUET (A.)
	QUENU

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

Anatomie	CABROL COUINAUD GILLOT (C.) HUREAU (J.) GAUTHIER-VILLARS (Melle P.) pr. s. ch.
Anatomie pathologique	ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.) pr. s. ch. NEZELOFF (CH.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J. Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J. Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J. P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.)
Cardiologie	SELIGMANN (M.) HATT (P. -Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf.
Embryologie	LEDOUX-LEBARD (G.) ROUX (CH.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.) pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (MmeL.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)
Médecine du travail	HADENGUE (A.) ALBAHARY (C.)
Neuro-Chirurgie	PERTUISET (B.) CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.)
Neuro-Psychiatrie	GAUTIER (J. -Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.)
Obstétrique	MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BREGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.) DUPARC (J.)
Orthopédie	MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-Rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.) GOLVAN (Y.)
Parasitologie	HO THI SANG (Melle) LAPIERRE (J.)

III. - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES

CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)	Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.M.)	Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.) GRASSET (J.)	Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique obstétricale	MAYER (M.) MORIN (P.)	Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. - PROFESSEURS DETACHES

DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Melle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Melles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIEVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.) Melle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546821_0019

A mes Parents,

A qui je dois d'avoir pu mener à bien mes études.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde affection.

A Monsieur le Professeur JULIEN-MARIE

Professeur de la Faculté de Paris

Médecin des Hôpitaux.

En remerciement de l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

A Monsieur le Docteur Raoul PERROT

Médecin de l'Hôpital de Neuilly
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris.

Avec toute notre reconnaissance pour l'aide précieuse apportée à la réalisation de ce travail, et pour tout ce qu'il nous a appris d'une médecine exercée avec dynanisme et dévouement.

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude.

A mes meilleurs Amis rencontrés durant ces années d'études

Claudine BÖRES

Patrick Le BOULANGER

en espérant qu'ils le resteront bien au-delà.

INTRODUCTION

FREQUENCE DE L'INFECTION STAPHYLOCOCCIQUE

Depuis quelques années, pédiatres et obstétriciens sont frappés par la fréquence et la gravité des infections staphylococciques chez le nourrisson. Celles-là atteignent les enfants dans les six premiers mois de leur vie, avec diverses manifestations :

- soit des manifestations très précoces, dans la période néo-natale, que les obstétriciens reconnaissent bien maintenant, et qu'ils s'emploient à vaincre.

- soit des manifestations retardées, les plus connues des pédiatres.

ooOoo

LES MANIFESTATIONS CLINIQUES DES INFECTIONS STAPHYLOCOCCIQUES.

Ces manifestations sont très diverses, surtout selon les époques de la vie de l'enfant où elles surviennent.

A - Dès la naissance, on observe volontiers :

- troubles digestifs plus ou moins sérieux avec coprocultures positives au staphylocoque pathogène.
- infections cutanées de toutes sortes :
  - . abcès sous-cutanés
  - . tournioles
  - . folliculites
  - . pyodermites

qui se caractérisent par une résistance à tout traitement ordinaire et souvent à de nombreux antibiotiques.

- infections ombilicales :
  - . ombilicites.
- infections oculaires :
  - . conjonctivites.

Toutes manifestations suffisamment graves et tenaces pour qu'on ait voulu connaître un peu mieux leurs causes éventuelles, sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

B - Plus tardivement s'observe la maladie de Leiner-Moussous, infection cutanée qu'il faut savoir différencier de l'eczéma du nourrisson et de la dermatite exfoliatrice de Ritter. C'est une affection bénigne qui survient chez les jeunes nourrissons presque toujours nourris au sein.

Une simple thérapeutique externe à base d'antiseptiques :

- permanganate de potassium
- solution de Milian
- crème de Dalibour,

est efficace, sans qu'on ait besoin d'avoir recours aux antibiotiques, tout au moins dans les milieux hospitaliers.

Le processus étiologiques reste encore très discuté. Nous reviendrons plus loin sur l'éventuelle responsabilité du lait maternel.

C - Les septicémies :

qui font suite à une infestation non jugulée ou négligée. Et c'est là qu'il faut reconnaître des résistances aux antibiotiques, si nombreuses, et qui font toute la gravité des staphylococcies du nourrisson.

Nous reviendrons plus loin sur la nécessité qu'il y a à ne pas négliger les règles simples d'hygiène.

D - Les ostéomyélites :

dont il suffit de dire quelles conséquences elles peuvent avoir sur l'avenir, si elles ne sont pas rapidement jugulées.

E - Enfin les infections staphylococciques pulmonaires, particulièrement graves à l'âge de l'enfant ; très variables quant à la forme et la date d'apparition ; elles semblent être le plus souvent le résultat de l'aggravation des infestations primitives plus ou moins passées inaperçues ou négligées.

Ces manifestations vont de rhino-pharyngites les plus bénignes aux atteintes pulmonaires les plus graves : staphylococcies pulmonaires sur lesquelles il est bon de s'attarder un peu du fait de leur gravité.

LES MANIFESTATIONS PULMONAIRES

La staphylococcie pulmonaire du nourrisson est une maladie suffisamment grave et fréquente pour que, depuis déjà une vingtaine d'années, on ait voulu l'étudier et la connaître mieux.

Monsieur DEBRE et ses Collaborateurs ont identifié définitivement ce syndrome en 1952.

Cependant, ici encore, les modes de contamination restent imprécis et l'abcès du sein et l'infection du lait maternel ont peut-être un rôle trop négligé. Nous y reviendrons.

Etudions les divers aspects cliniques. Ce sont :

I. - LES MANIFESTATIONS PARENCHYMATEUSES

a - La pneumonie staphylococcique.

qui est surtout une forme de début, revêt une allure aiguë, dyspnéisante avec une atteinte importante de l'état général.

L'auscultation ne révèle guère qu'un foyer d'alvéolite banale.

La radio ne montre que des opacités non caractéristiques.

Le diagnostic est particulièrement difficile et important à faire à ce stade ou un traitement entrepris rapidement peut apporter une rémission.

b - L'abcès du poumon.

dont les manifestations cliniques sont évocatrices. Il peut s'agir d'abcès uniques ou multiples.

La radio permet un diagnostic rapide et facile.

Ce stade peut encore guérir avec un traitement antibiotique efficace. Ou bien on observe une évolution vers :

c - La pneumopathie bulleuse.

C'est le syndrome le plus évocateur des staphylococcies pulmonaires. Elles sont secondaires aux syndromes cités précédemment ou bien primitives en apparence.

La radio est très caractéristique, montrant des images claires, uniques ou multiples, le plus souvent unilatérales.

Sont très caractéristiques, l'instabilité des images, leur extension, leur régression continuelle et rapide d'un jour à l'autre.

Des remaniements sont aussi fréquents, avec soufflage et perforation dont le pronostic est sombre.

On observe souvent, parallèlement aux signes thoraciques, des ballonnements abdominaux très importants.

Cette pneumopathie semble être plus grave lorsqu'on observe une infection généralisée que lorsqu'il s'agit d'une défaillance respiratoire susceptible d'un traitement chirurgical.

La staphylococcie semble ne jamais être primitive, mais prolonger une incubation silencieuse de six à dix jours, avec des signes d'infection au niveau : de la peau
du rhino-pharynx
du tube digestif

suivis bientôt d'une chute de la courbe de poids. Seulement alors s'extériorise la staphylococcie pulmonaire avec :

début brutal
troubles respiratoires
refus du biberon
troubles digestifs : diarrhée, vomissements
ballonnements abdominaux très évocateurs
sans aucun signe thoracique encore
sans signe radiologique, sinon une opacité plus ou moins nette, une réaction pleurale, et, prend toute sa valeur, une ligne bordante.

II. - LES MANIFESTATIONS PLEURALES.

Plus graves, peuvent être secondaires ou apparemment primitives également. Elles sont aussi très caractéristiques de la staphylococcie pulmonaire. Ce sont :

a) La pleurésie purulente à staphylocoque.
de la grande cavité, avec matité et signes cliniques classiques.

compression médiastinale
signes radiologiques
la ponction donne un diagnostic immédiat et sûr.

b) Le pneumothorax et le pyopneumothorax.
secondaire à la rupture d'une bulle ou d'un abcès dans la plèvre, sont dramatiques souvent et fréquents.

Les manifestatíons pleuro-pulmonaires sont plus fréquentes que les manifestations parenchymateuses isolées.

Au total, la clinique des staphylococcies pulmonaires est très polymorphe et, il est certainement nécessaire, pour obtenir un diagnostic précoce et certain, de mettre en évidence le germe en cause et de faire un antibiogramme.

Au contraire, une étiologie éventuelle, connue met immédiatement sur la voie.

oOo

LE TRAITEMENT

Il semble évidemment faire la gloire de l'antibiothérapie, avec toutefois la grande réserve qu'il existe, et ce, de plus en plus, des résistances des germes en cause aux antibiotiques qu'on leur oppose.

C'est actuellement le problème crucial des staphylococcies graves dont les germes responsables appartiennent à des souches régulièrement reconnues dans les divers services hospitaliers et dont on redoute les résistances.

Celles-ci se manifestent le plus souvent envers :

- pénicilline
- streptomycine
- auréomycine
- terramycine
- bacitracine

parfois, mais moins fréquemment envers l'érythromycine.

Au contraire les germes semblent plus sensibles au chloramphénicol ou à la néomycine.

Ces conclusions sont rapportées par Messieurs Mayer et Ducas. (31).

Dans le service de Monsieur Perrot à Neuilly, la staphylomycine a été souvent employée avec succès.

De tout ceci ressort l'importance de l'antibiogramme qui doit présider à tout traitement afin que celui-ci soit immédiatement et totalement efficace.

Plus particulièrement :

- Les septicémies sont évidemment assez désespérantes du fait que l'envahissement de l'organisme est justement dû aux résistances qu'opposent les germes responsables, à tout traitement. Des moyens héroiques restent encore trop souvent insuffisants.

- Les ostéomyélites nécessitent parfois, en plus des traitements généraux classiques, des interventions chirurgicales visant à supprimer des foyers infectieux.

- Le traitement le plus satisfaisant et spectaculaire quant à ses résultats reste le traitement des staphylococcies pulmonaires.

Il faut entreprendre le plus tôt possible :

a) un traitement général et une réanimation avec :

- oxygénothérapie
- perfusion avec :

. apport calorique
. hydratation
. antibiotiques
. toni-cardiaques
. corticoides sous forme d'hémissuccinate d'hydrocortisone, indispensable à la phase aiguë de détresse respiratoire.

b) une antibiothérapie qui doit être efficace avec des associations d'antibiotiques. Mais il semble que l'antibiogramme n'ait pas toujours grande valeur, une différence existant entre les effets in vivo et in vitro.

Il ne faut pas oublier l'administration de mycostatine si besoin est.

c) assurer les fonctions respiratoires correctement avec :

- drainage
- décompression
- ponction
- thoracotomie au maximum

- suture de fistule
- décortication
- exérèse

qui restent exceptionnelles. Car l'attitude générale est en faveur des interventions les plus anodines, tant qu'elles suffisent, et le drainage continu devant un état asphyxique aigu reste la thérapeutique préférée des chirurgiens.

Et devant l'innefficacité grandissante des antibiotiques, la thérapeutique antistaphylococcique doit prendre un sens nouveau, redonnant toute son importance à la prophylaxie faite d'une aseptie rigoureuse. On ne doit pas oublier l'aseptie stricte dans les pouponnières où une épidémie doit être enraillée.

Ainsi il apparaît que la gravité maximum soit le produit d'une véritable septicémie qui entraîne chez l'enfant un état gravissime rebelle au traitement alors que les drames respiratoires sont, eux, susceptibles d'un bon traitement chirurgical. Les lésions pulmonaires guérissent sans séquelles, et la fonction respiratoire est intégralement respectée.

oOo

ETIOLOGIE ET MODE DE CONTAMINATION.

La recherche de l'étiologie est trop souvent négligée. Ainsi, dans certains services ou de nombreuses staphylococcies pulmonaires en état de détresse respiratoire arrivent en réanimation, il est le plus souvent impossible d'obtenir la moindre notion sur la nature de la contamination.

Il nous semble donc intéressant de rechercher de façon plus systématique les causes nombreuses des infestations staphylococciques qui peuvent être bénignes, mais aussi bien prendre un tour gravissime.

- septicémies
- ostéomyélites
- staphylococcies pulmonaires

avec pour principale responsable, la résistance aux antibiotiques. D'où la nécessité d'une recherche sérieuse de la nature et de l'étiologie, et par suite d'une prophylaxie efficace.

On a bien reconnu des causes prédominantes :

- âge ..... 1er trimestre de la vie
- sexe ..... masculin
- saison ..... froide et humide
- prématurité et hypotrophie
- collectivités

et l'on évoque volontiers, devant la fréquence des épidémies dans les crèches ou les hôpitaux, le rôle du "cycle infectant" où les germes suivent le chemin suivant :

- air-rhino-pharynx-intestins-selles-linges-mains-air.

On accuse surtout l'air et les contacts infectants. La multitude des portes d'entrée observées n'aident pas à trouver le mécanisme infectant primitif, telles :

. toutes lésions cutanées infectées
. toutes lésions du cuir chevelu
. ostéomyélites, arthrites, suppurées
. rhino-pharyngites, otites, etc...

et les opinions sont très partagées encore pour savoir si le mécanisme infectant est

- aérien : et l'origine maternelle serait là possible

- sanguin : et le point de départ serait plutôt chez l'enfant.

Les deux processus sont probablement possibles.

Dans leur article paru aux Archives Françaises de Pédiatrie, Messieurs Mayer et Ducas font un tour d'horizon sur la pathogénie de l'infestation staphylococcique post-natale. (31). Ils citent donc comme responsables éventuels :

- les porteurs de germes, et nous revenons ici au classique cycle infectant.

- les traumatismes cutanés des nouveaux-nés dont ils recommandent de respecter le vernix au rôle protecteur indéniable.

- les infections conjonctivales qu'ils croient volontiers dues au manque d'hygiène apporté lors des instillations de collyres et de nitrate d'argent.

- les suppurations ombilicales et ils en rendent responsables les pinces de Bard qui engendrent une nécrose vasculaire pouvant entraîner secondairement l'infection.

- les rhino-pharyngites et ils signalent la fréquence trop souvent négligée, et due au bouillon de culture idéal qu'est le milieu humide de la gorge, pour les germes.

- enfin ils en viennent à parler de la responsabilité de la mère, non négligeable.

Ils considèrent ses infections généralisées comme difficilement responsables d'une infestation du foetus in utéro, alors que les affections localisées chez la mère leur semblent au contraire très importantes à connaître. Avec : rhinites et rhino-pharyngites

vaginites

infections cutanées

infections mammaires et du lait maternel.

oOo

LE ROLE DES RHINO-PHARYNGITES.

Il est reconnu que, principalement dans les collectivités, les salles d'accouchements des milieux hospitaliers, l'infection du rhino-pharynx des mères constitue un point de départ fréquent des infections de salles et que, le rhino-pharynx des nourrissons particulièrement réceptif, comme nous l'avons vu plus haut, ne tarde pas à loger le staphylocoque et à être lui-même le point de départ d'une extension staphylococcique intense.

Il s'agit là de deux sources maternelle et infantile, d'épidémies staphylococciques d'autant plus dangereuses qu'elles ne sont pas obligatoirement flagrantes ; et des rhino-pharynx peuvent très bien receler du staphylocoque sans qu'aucun écoulement purulent ni aucune atteinte de l'état général ne soit décelable.

Messieurs Mayer et Ducas se sont trouvés dans des conditions d'étude parfaite en pouvant comparer l'épidémiologie de ces infections dans un service nouveau, conçu en boxes séparés, d'une part, et dans un bâtiment ancien, grande salles communes ou femmes, enfants et visiteurs sont intimement mêlés. Les conclusions sont faciles à deviner et les épidémies staphylococciques dominaient dans le bâtiment ancien. Le rôle du "cycle infectant" n'est pas niable.

Ces observations ouvrent grande la porte aux mesures prophylactiques à appliquer dorénavent dans les services d'obstétrique et de pédiatrie.

oOo

LE ROLE DES VAGINITES.

Leur rôle est encore très discuté, mais dans certains services, des auteurs ont montré que de nombreuses accouchées présentent dans la période précédant immédiatement leur accouchement des pertes vaginales plus ou moins importantes, abritant des staphylocoques. Ceux-ci sont retrouvés chez 80 % des enfants nés, dans les prélèvements rhino-pharyngés ou sur les téguments. La similitude du germe en cause avec celui de la mère est démontrée par les caractères culturaux de chacun.

Voici un argument de valeur.

Cependant ce mode d'infestation selon d'autres cliniciens ne doit pas être considéré comme principal, car la peau et le rhino-pharynx des nourrissons, nous l'avons déjà vu, sont prêts à se laisser contaminer même par l'air ambiant, le moindre contact.

Il ressort que si l'on veut à tout prix faire la preuve de la similitude entre germes vaginaux et germes de l'enfant, c'est facile, mais sans grande valeur étiologique, au total.

oOo

LE ROLE DES INFECTIONS CUTANEES.

Il en est de même pour les excoriations cutanées, orgelets, panaris, folliculites et autres qui sont facilement retrouvées chez les mères dont les enfants sont infestés, mais aussi bien chez les autres, sans doute.

Il convient là encore de conclure que les téguments des nourrissons sont si bien réceptifs que de toute façon il faut éviter les moindres contacts infectants et à fortiori le manque d'attention apportée aux soins donnés par une mère infectée de façon évidente.

oOo

LE ROLE DES INFECTIONS MAMMAIRES ET DU LAIT MATERNEL.

C'est au sujet de celui-ci que nous apportons quelques observations pour lesquelles, ayant pu retrouver une étiologie certaine il nous semble intéressant de vouloir insister particulièrement sur cette responsabilité maternelle. Essentiellement, avec l'allaitement au sein sont redoutables :

- manque d'hygiène
- simples crevasses
- lymphangites
- mastites
- abcès.

A Neuilly, ont été observées quelques staphylococcies pulmonaires. La recherche des étiologies a été particulièrement soignée, mais le plus souvent, les investigations furent arrêtées par l'impossibilité de retrouver les parents, et les modes d'alimentation, la population étudiée étant en majorité nord-africaine. Ceci est toutefois en faveur d'un manque d'hygiène certain.

On s'étonne par ailleurs, en consultant les archives du service, du peu d'intérêt porté jusque là au mode d'alimentation des enfants atteints de staphylococcies. Ainsi de nombreux cas n'ont rien pu apporter à notre étude, leur étiologie n'ayant absolument pas été recherchée.

C'est sur ce point que ce travail veut attirer l'attention : "Il est important de connaître le mode d'alimentation des nourrissons et de découvrir ainsi un staphylocoque éventuellement responsable".

TROIS OBSERVATIONS DE STAPHYLOCOCCIES A MANIFESTATIONS PULMONAIRES.

I - Observation de l'enfant B... Karina, juillet 62.

L'enfant âgée de 3 mois a séjourné longtemps dans le service du 27.7.62 au 24.11.62.

Elle fut admise pour, toux, fièvre et diarrhée, cette dernière cèdant rapidement à la diététique avec adjonction de néomycine.

En ce qui concerne le syndrome pulmonaire, devant la persistance de la toux avec fièvre, nous pensâmes un moment qu'il pouvait s'agir d'une coqueluche, d'autant que la numération montrait une forte leucocytose. (Nous attirons l'attention ici sur l'article du Docteur ROGER (28) qui signale parmi les terrains prédisposant à une staphylococcie pulmonaire, les enfants atteints de maladies virales : rougeole, varicelle ; maladies microbiennes : coqueluche).

Mais le 14.8.62 la radio pulmonaire montra une opacité interessant le sommet droit, en même temps que nous apprenions l'existence chez la mère qui allaitait l'enfant, d'un abcès du sein traité deux mois auparavant.

Nous évocâmes aussitôt la possibilité d'une staphylococcie pulmonaire que vinrent confirmer les différents clichés sucoessivement faits et qui montrèrent une image pseudo-bulleuse persistante au niveau du sommet droit.

L'enfant fut d'emblée mise à un traitement par pénicilline sous forme de flabelline, avec relai ultérieur par staphylomycine. Nous pûmes alors constater une nette amélioration du syndrome toux, fièvre, sans obtenir toutefois une totale rémission.

Le 12.9.62, nous fîmes une première tentative d'arrêt des antibiotiques. Aussitôt toux et fièvre réapparurent, quoique le cliché pulmonaire se montra redevenu normal.

Nous reprîmes alors les antibiotiques et une nouvelle tentative d'arrêt du traitement le 7.10.62, reproduisit exactement la même évolution : toux, fièvre et perte de poids.

Nous reprîmes donc de nouveau la flabelline avec, cette fois l'adjonction de propidon à doses progressives : I IM tous les deux jours en commençant par I/10 cc jusqu'à 1 cc.

Le 31.10.62, furent définitivement arrêtés flabelline et propidon. Les 2 et 3.10.62, fut observé un bref clocher fébril sans suite.

Le 21.11.62, la radio pulmonaire nous montra l'intégrité de l'image thoracique.

L'enfant quitta le service le 24.11.62, en bonne santé.

Par la suite l'enfant fut de nouveau bospitalisée chez Monsieur Julien-Marie à l'hôpital des Enfants-Malades pour un syndrome groupant : dyspnée asthmatiforme et petit foyer droit. Nous ne savons malheureusement rien sur l'évolution de ce syndrome qui n'est peut-être pas étranger au premier que nous avions observé à Neuilly.

Au total, il s'agit d'un cas de staphylococcie pulmonaire grave longtemps rebelle au traitement, dont l'étiologie est certainement l'infection du lait maternel.

oOo

II - Observation de l'enfant L... Chantal, juin 63.

L'enfant âgée de 1 mois, fit un court séjour dans le service du 2.6.63 au 19.6.63.

Admise d'urgence pour un syndrome pulmonaire dyspnéique alarmant avec fièvre à 38° et diarrhée, sans vomissement. Elle reçut immédiatement en perfusion :

- pénicilline
- tifomycine
- flabelline

avec gardénal, digitaline, oxygène.

Ce syndrome s'était installé très soudainement en deux jours ; l'enfant était nourrie au sein, mais il n'existait pas d'abcès ni de crevasse.

Un premier cliché pulmonaire fait le 3.6.63, montra des images pseudo-bulleuses au niveau du champ pulmonaire droit, fort évocatrices d'une staphylococcie pulmonaire.

Le 5.6.63, les images se transformèrent et l'on observa une opacité en voie de systématisation.

L'état de l'enfant resta encore précaire avec un foie un peu débordant.

L'examen du lait de la mère révéla la présence de staphylocoque, confirmée par plusieurs examens successifs. On suspecta alors à plus forte raison une staphylococcie pulmonaire.

Le traitement antibiotique fut poursuivi et l'état respiratoire de l'enfant s'améliora enfin.

Le 11.6, on observa l'apparition au niveau du visage d'une pyodermite ; un prélèvement sur une des lésions nous révéla du staphylocoque. Ceci confirma le diagnostic posé.

Avec la continuation du traitement, le cliché pulmonaire du II.6, montra un nettoyage du champ droit, avec persistance d'une petite opacité de la base.

Puis la pyodermite disparut, l'état général devient satisfaisant et l'enfant sortit le 19.6.63.

Un cliché de contrôle le 27 montra un nettoyage complet des champs pulmonaires.

L'enfant revint le 30.6.63, pour une petite récidive avec fièvre à 39°, dyspnée, râles au niveau du sommet droit. Un traitement par flabelline et chloramphénicol fut repris, qui amena une rapide cédation et l'enfant sortit définitivement guéri le 12.7.63.

Au total, il s'agit d'un cas sérieux de staphylococcie pulmonaire ayant rapidement cédé au traitement par les antibiotiques, et, à l'origine duquel l'infection du lait maternel ne fait pas de doute.

oOo

III - Observation de l'enfant B... Philippe - janvier 63.

L'enfant âgé de six semaines, demeura dans le service du 22.1.63 au 13.2.63.

Il fut admis pour une affection pulmonaire bronchitique avec fièvre, toux, vomissements et otite droite ; syndrome installé depuis déjà une semaine.

L'enfant reçu dès son entrée :

- hexacycline
- pénicilline sous forme de flabelline
- diététique

La coproculture révéla du staphylocoque doré.

La radio pulmonaire montra des opacités droites importantes.

L'interrogatoire de la famille nous apprit parallèlement que l'allaitement par la mère avait été interrompu cinq jours après la naissance pour des crevasses mammaires.

Le traitement fut continué, semblable, et l'otite guérit bientôt, la fièvre se régularisa, les selles s'améliorèrent. Les examens des selles et de la gorge révèlèrent longtemps encore la présence de staphylocoque doré.

L'hexacycline fut remplacée par la colymicine et le traitement ainsi continué jusqu'à obtention de la guérison.

Au total, il s'agit vraisemblablement d'un cas de staphylococcie à manifestation pulmonaire, engendrée, par l'allaitement des quelques premiers jours de la vie de l'enfant, arrêté pour des crevasses mammaires.

ooo

Voici trois cas de staphylococcies pulmonaires chez le nourrisson avec des manifestations cliniques, radiologiques et bactériologiques variées, mais ayant un point commun : l'infection du lait maternel sûrement à l'origine.

De nombreux autres cas ont été observés mais non rapportés ici, et parmi eux, certains de diagnostic moins sûr, et surtout dont l'étiologie est demeurée plus que vague, malgré nos investigations. Telles de nombreuses manifestations digestives avec coproculture positive au staphylocoque pathogène, mais dont on ne pu obtenir d'éclaircissement sur les origines et les causes.

LE LEINER MOUSSOUS.

Donnons ici toute son importance à la communication faite à la Société de Pédiatrie de Paris par Messieurs Cayla, Perrot, Bamberger et Madame Jacob.

"Du rôle du staphylocoque doré dans l'érythrodermie desquamative du nourrisson (Leiner Moussous) Présence du staphylocoque doré dans le lait maternel".

Après avoir souligner l'origine infectieuse du Leiner Moussous les auteurs s'attachent à découvrir la voie de pénétration du germe dans l'organisme du nourrisson. Ils sont frappés par le fait incontesté depuis longtemps, qu'il s'agit d'enfants nourris au sein dans la majorité des cas.

Et poussant plus loin leurs investigations, ils observent facilement des suppurations staphylococciques chez les mères allaitantes, ou même du staphylocoque pathogène dans leur lait.

C'est ainsi qu'en deux ans ils réunirent 27 observations de Leiner Moussous parmi lesquels 25 nourris au sein.

Parmi ces 25 cas, il avait été sevrés en raison d'infection du sein de la mère ; et chez les 13 des 14 restants, le lait maternel recelait du staphylocoque pathogène.

Prudents dans leurs conclusions, les auteurs découvrir à chaque fois une identité de souches pathogènes retrouvées, et dans les lésions du nourrisson, et dans les lésions des mères ou dans les laits responsables.

La responsabilité du lait maternel ou plus largement de l'allaitement maternel est ici rigoureusement démontrée.

Le problème du rôle de l'allaitement au sein est soulevé par de nombreux auteurs qui, tout en le signalant dans les responsables éventuels des infections staphylococciques du nourrisson, restent dans l'incertitude.

- le Docteur Aicardi (3) cite comme étiologie possible, l'abcès du sein, sans insister plus.

- les Docteurs Fontan, Verger, Battin (8), parlant encore des étiologies des staphylococcies pulmonaires disent :

"l'origine staphylococcique se retrouve souvent chez la mère : furoncle, abcès et lymphangite du sein".

- le Docteur Ferron (9) signale que les lésions maternelles : furoncles, abcès du sein, sont retrouvées dans 1 cas sur 6 par Monsieur Kourilski et dans le même sens,

- à Toulouse (2) parmi les staphylococcies pulmonaires du nourrisson ont été observés : 41 cas nourris artificiellement
3 cas nourris au sein

D'autres auteurs le nient catégoriquement, et, de l'avis du Professeur Bernheim (25).

"le lait, même s'il contient du staphylocoque, ce qui est fréquent, ne paraît jouer aucun rôle dans la propagation du staphylocoque, et, le sevrage, souvent conseillé, constitue donc une mesure parfaitement innoportune qui met, en outre, le nourrisson dans un état de moindre résistance".

- Monsieur Roger (28) signale la responsabilité du lait maternel mais poursuit en disant :

"cependant, la majorité des enfants sont nourris artificiellement" et il va même jusqu'à prétendre que l'enfant infecté, apparemment sain, infecte la mère, lui communiquant une staphylococcie de la glande mammaire. Dans le doute, il conseille de faire bouillir le lait maternel en continuant à en donner.

Au total, les avis sont très partagés, et il ressort que, si l'abcès du sein et l'infection du lait maternel sont responsables dans certains cas, ils ne le sont pas toujours. S'ajoute à cette incertitutde le fait que souvent, il est impossible de vérifier une infection existante chez la mère, et que des germes sont presque toujours retrouvés dans les laits étudiés, qui ont été souillés lors du prélèvement ou après.

Convenons donc qu'il ne faut pas méconnaître cette étiologie possible des staphylococcies du nourrisson.

Cette connaissance aura toute son importance dans la prophylaxie de cette infection grave, et l'on saura veiller à éloigner les enfants de leur mère susceptible de les infecter, à éviter les contacts infectants, à éliminer le lait maternel de l'alimentation du nourrisson ou à le faire bouillir préalablement.

On à penser, dans cet esprit, à étudier systématiquement les laits maternels dans le service d'obstétrique de Neuilly.

Peut-être alors verra-t-on régresser les cas de staphylococcies ou pourra-t-on les enrailler plus vite.

oOo

LES MESURES PROPHYLACTIQUES.

C'est le point essentiel de ce travail, puisque tout l'intérêt qui ressort d'une bonne connaissance des étiologies des staphylococcies du nourrisson, est d'appliquer une prophylaxie intelligente, et plus efficace encore qu'un traitement curatif.

On a vu, en effet, à quel point l'infection staphylococcique est devenue résistante à de nombreux antibiotiques. Cette résistance à leur égard, que l'on a cru longtemps propre aux germes des collectivités ou à ceux traités par les antibiotiques, se révèle beaucoup plus complexe, puisque existant également dans des milieux isolés ou dans des régions qui, du fait de la pauvreté de leurs ressources hospitalières, voient l'emploi des antibiotiques très limité.

Le problème est donc plus complexe qu'on a bien voulu le croire, et sans doute d'ordre biologique.

Des précautions d'aseptie rigoureuses doivent être à nouveau prises, aussi bien dans les milieux obstétricaux qu'en pédiatrie.

Dans cet esprit rappelons :

- qu'un accouchement doit être entouré, avant, après et pendant, de soins d'aseptie minutieux, tant à l'égard de la mère que de l'enfant.

- que les soins de nourricerie s'adressant aux enfants, doivent être intelligemment aseptiques, autant qu'il est possible, et qu'il est de toute importance d'éduquer un personnel hospitalier spécialisé, et également les mères, très rapidement invitées à s'occuper elles-mêmes de leurs enfants.

La responsabilité des mères dans la staphylococcie étant maintenant reconnue pour une certaine part, insistons un peu sur les mesures à prendre à leur égard, et sur les soins qu'elles doivent savoir prendre.

- il ne faut jamais négliger les affections génitales, les affections cutanées, les affections respiratoires si minimes soient-elles, et à plus forte raison si un staphylocoque s'y est révélé responsable. Et surtout toute affection mammaire chez une mère allaitante, doit être systématiquement reconnue, traitée, voire même prévenue par une "préparation pré-natale : onctions circulaires par pommades chargées en oestrogènes sur les mamelons avec tractions deux ou trois fois par jour, au cours des six dernières semaines de la gestation". (31).

Toutes ces manoeuvres visant à obtenir une bonne sécrétion lactée future et aider les mères à s'habituer à des soins de propreté.

"des soins de propreté avant et après chaque tétée, lavages des mains et protection systématique du bout des seins avant et après chaque tétée" (31).

L'existence d'une simple crevasse mammaire, de mastite, d'abcès doivent faire entreprendre immédiatement des mesures visant à éviter l'infestation secondaire de l'enfant.

Citons Monsieur Perrot (32)

"il reste que le staphylocoque pathogène est constant dans les lésions et fréquent dans le lait. C'est là une raison nouvelle de surveiller les laits maternels, de pratiquer des ensemencements fréquents.

Continuer l'allaitement maternel, mais en prenant soin de le faire bouillir avant la consommation ; cette pratique n'altérant en rien les qualités du lait, ainsi que l'a souligner Monsieur Lévesque".

oOo

CONCLUSION.

Nous soulignons l'importance des soins qui doivent entourer les nourrissons, bien plus encore dans les collectivités où ils sont exposés au "cycle infectant". Pour ce faire, un personnel médical doit être spécialement éduqué; et les mères initiées aux règles d'aseptie.

Mais surtout,

la fréquence de l'infection staphylococcique, sa grande gravité dans de nombreux cas, la résistance de plus en plus souvent observée aux antibiotiques, de ces infections, nous incitent à vouloir faire un diagnostic précoce et donc une thérapeutique d'autant plus efficace qu'elle aura été plus rapidement instaurée.

Ce diagnostic précoce sera hautement facilité par la connaissance et donc la recherche systématique des modes de contamination de l'enfant :

Infection de la mère

au niveau de la filiaire génitale
infection du rhino-pharynx
infection cutanée (furoncle, anthrax, etc...)
et spécialement, infection mammaire sous toutes ses formes, qu'on doit rechercher non seulement par l'examen de la mère (lymphangite, abcès, etc), par la culture du lait maternel, mais aussi et surtout par l'interrogatoire, quand l'allaitement a été interrompu depuis plusieurs semaines, souvent d'ailleurs pour une petite infection mammaire déjà oubliée.

Cette notion étiologique connue doit, chez un nourrisson présentant un tableau clinique avec signes pulmonaires, même d'allure banale, faire penser à la staphylococcie pulmonaire et le traiter comme tel par les antibiotiques soigneusement choisis au moyen d'un antibiogramme préalablement fait.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse :
Pr JULIEN-MARIE.

Vu, le Doyen de la Faculté :
Pr BROUET.

Vu et Permis d'Imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE.

1 - Semaine des Hôpitaux de Paris-Annales de Pédiatrie. 1-62.

Messieurs Boissière, Vermeil, Gesbron.
"Le traitement des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson par pénicilline à doses massives, en i.v."

2 - Toulouse Médical. 5-6

Monsieur Bardier
"Traitement actuel des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

3 - Vie Médicale 6-61.

Monsieur Aicardi.
"Staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

4 - Lille Médical. 1-60.

Monsieur Breton.
"Traitement des staphylococcies pulmonaires du nourrisson."

5 - Archives Françaises de Pédiatrie. 58.

"guérison d'une fistule pleuro-pulmonaire staphylococcique.

6 - Archives Françaises de Pédiatrie. 59

Monsieur Breton.

"4.

7- Laval Médical-Québec. 10-59.

Messieurs Bellefeuille, Groulx.

"Epidémie staphylococcique hospitalière".

8 - 5-6

Messieurs Fontan, Verger, Battin.

"Traitement actuel des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

Monsieur Ferron.

"Staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

10 - Semaines des Hôpitaux-Annales de chirurgie. 12-60

Monsieur Guendet.
"A propos du traitement chirurgical des staphylococcies pleuro-pulmonaires chez l'enfant et le nourrisson".

11 - Revue Médicale de Nancy. 11-60.

Monsieur Chalnot.
"Cinq cas d'exérèses pulmonaires ou pleuro-pulmonaires pour emphysème bulleux staphylococciques compliqués et accidents par soufflage ou pyopneumo-thorax compressifs".

12 - Canadian Medical Association Journal. 11-59

Monsieur Charbonneau
"Staphylococcies bulleuses, urgences respiratoires".

13 - Guide du Praticien-Revue Médicale Française. 5-61.

Monsieur Dalayen.

14 - Journal des Sciences Médicales de Lille. 10-59.

Messieurs Fournier, Pauli.
"Traitement des staphylococcies pleuro-pulmonaires de l'enfant".

15 - France Médicale 6.7-59

Monsieur Levy.
"Les staphylococcies pleuro-pulmonaires de l'enfant".

16 - Semaine des Hôpitaux de Paris-Annales de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire. 7-62

Monsieur Foster.
"Staphylococcies pulmonaires bulleuses du jeune âge".

17 - Semaines des Hôpitaux-Thérapeutique. 10-59

Monsieur Le Brigand.
"Traitement des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

18 - Pédiatria Polska. 60.

Messieurs Gietko, Gutkowska, Langerowa.
"Le diagnostic des pneumonies et pleurésies à staphylocoque".

19 - Médecine Infantile 4-62

Monsieur Vialatte.
"Infection à staphylocoque chez le nourrisson".

20 - Médecine Infantile. 4-62.

Monsieur Simony.

"Septicémies et septicopyoémies à staphylocoque".

21 - Médecine Infantile. 4-62.

Messieurs Meyer, Saige, Vialatte.
"Diffusion et prévention des infections à staphylocoque dans les collectivités de nourrissons".

22 - Médecine Infantile. 11-60

Monsieur Mélékian.
"Signification d'une staphylococcie pulmonaire récidivante".

23 - Union Médicale du Canada. 6-60.

Monsieur Lancellier.
"Le diagnostic précoce des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

24 - Archives Françaises de Pédiatrie. 5-57

Monsieur Raffi.
"Staphylococcies graves avec localisations pulmonaires secondaires".

25 - Clermont Médical. 4.5-59

Messieurs Willemin-Clog, Mehut, Mustier.
"Les staphylococcies pulmonaires du nourrisson".

26 - Journées. 10-61.

Monsieur Lelong.
"Considérations anatomo-histologiques sur les staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

27 - Laval Médical.

Messieurs Tramblay, Charbonneau, Benoit.
"La maladie bulleuse pulmonaire du nourrisson".

28 - Journal de Médecine de Lyon. 10-60.

Monsieur Roget.
"Les staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson et de l'enfant".

29 - Journal de Médecine de Lyon. 5-61

Messieurs Monnet, Fleurette.

"Staphylococcies pleuro-pulmonaires en pédiatrie".

30 - Algérie Médicale. 5-60

Monsieur Raffi.

"Evolution et traitement des staphylococcies pleuro-pulmonaires du nourrisson".

31 - Archives Françaises de Pédiatrie. 10-59.

Messieurs Mayer et Ducas.
"L'infestation staphylococcique néo-natale à la maternité de l'hôpital Saint-Antoine".

32 - Archives Françaises de Pédiatrie. 1-55

Messieurs Cayla, Perrot, Bamberger et Madame Jacob.

"Rôle étiologique du staphylocoque doré dans l'érythrodermie desquamative du nourrisson ; (Leiner-Moussous). Présence du staphylocoque doré dans le lait maternel".

33 -

Messieurs Bernheim et Roux.
"Staphylococcies du nourrisson".

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90